1886-87 FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 48.

DE L'ÉPISTAXIS

CONSIDÉRÉE COMME

HÉMORRHAGIE SÉNILE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 2 Mai 1887

PAR

CHARLES MEYRIGNAC

Né à Seilhac (Corrèze), le 26 janvier 1859

Examinateurs de la Thèse :

MM. VERGELY, *Président.*
DUPUY, *Professeur.*
ARNOZAN, *Agrégé.* } *Juges.*
LANDE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — rue Cabirol — 16

1887

1886-87 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 48.

DE L'ÉPISTAXIS

CONSIDÉRÉE COMME

HÉMORRHAGIE SÉNILE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 2 Mai 1887

PAR

CHARLES MEYRIGNAC

Né à Seilhac (Corrèze), le 26 janvier 1859

Examinateurs de la Thèse : MM. VERGELY, *Président.* DUPUY, *Professeur.* ARNOZAN, *Agrégé.* LANDE, *Agrégé.* — *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie

16 — rue Cabirol — 16

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DUDON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU et FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	N...
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enf..	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.....	MM. VENOT.
Clinique chirurgic. des enf.	BITOT.	Maladies mentales.....	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

On est généralement disposé à regarder l'épistaxis comme une maladie de la jeunesse ou un épiphénomène dans un certain nombre de cas où cette hémorrhagie n'est qu'un symptôme de peu d'importance à côté de la maladie essentielle; aussi a-t-il été dit trop peu de choses sur elle dans sa manifestation chez le vieillard.

C'est à peine si l'on trouve éparses çà et là quelques observations à ce sujet; et dans le petit nombre de faits qui ont été signalés, on a donné souvent des conclusions un peu hâtives.

On a voulu généralement chercher dans une lésion viscérale ou une affection enrayée la cause de ces hémorrhagies; pour notre part, sans rien formuler de trop précis sur leur pathogénie, nous croyons pouvoir dire cependant, que rarement, d'origine purement congestive, elles n'ont pas toujours la valeur diagnostique constante qu'on leur attribue.

Si parfois elles se rattachent à des lésions viscérales, elles relèvent surtout de l'altération senile normale ou pathologique du système vasculaire.

Ces épistaxis, comme on le verra dans les observations fournies à l'appui de notre thèse, méritent d'attirer l'attention du pratricien par leur gravité et les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter.

M. le professeur Vergely, à qui nous devons l'idée première de ce travail inaugural, a bien voulu nous fournir des observations et nous aider de ses conseils. Nous sommes heureux de lui offrir ici le témoignage de notre reconnaissance ainsi que nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0091

DE L'ÉPISTAXIS

CONSIDÉRÉE COMME

HÉMORRHAGIE SÉNILE

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade d'un certain âge, présentant une hémorrhagie nasale sans cause directe et sans phénomène fébrile, on pense de suite à quelque lésion viscérale et on dirige successivement ses investigations du côté des organes, cœur, foie, reins, poumons, etc., qui, par leurs altérations, peuvent donner naissance à une hémorrhagie.

Or, chez le vieillard, il arrive souvent qu'on ne puisse rien trouver pour éclairer ce diagnostic étiologique; et faute de le connaître on se borne à instituer un traitement symptomatique.

Nous avons eu, durant le cours de nos études, l'occasion d'observer des cas de ce genre, et rarement tous les viscères, interrogés avec soin, ont apporté une explication au phénomène morbide que nous avions sous les yeux et qui à lui seul semblait constituer toute la maladie.

Si, en présence de cas de ce genre, on se basait sur cette enquête négative pour affirmer la bénignité de l'affection, on serait exposé parfois à de sérieux mécomptes.

Dans la jeunesse, ces hémorrhagies, généralement d'origine congestive, sont extrêmement fréquentes et ordinairement sans importance : Si, chez le vieillard elles deviennent rares et présentent, presque toujours, une excessive gravité, il faut en chercher la cause dans les modifications anatomiques et pathologiques que subit l'organisme.

Causes de leur fréquence dans la jeunesse.

La fréquence des épistaxis dans la jeunesse s'explique d'un côté par la faible consistance de la muqueuse pituitaire : Formée d'un stroma lâche et des plus délicats, et recouverte d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, cette muqueuse, déjà fragile par elle-même, n'offre qu'un faible soutien aux parois vasculaires. Les vaisseaux eux-mêmes, artères et veines, par leur nombre considérable, offrent une prise plus grande à l'hémorrhagie. Les artères, comme on le sait, viennent pour la partie inféri ure et olfactive de la maxillaire interne. Ce sont, d'abord la sphéno-palatine qui est la plus importante, puis des branches de la sous-orbitaire, de l'alvéolaire supérieure, de la palatine et la ptérygo-palatine. Dans la partie supérieure on trouve des branches de la sus-orbitaire et des éthmoïdales venues de l'ophtalmique. D'autres naissent de la faciale, telles que les artères dorsales du nez, l'artère de l'aile du nez et celle de la sous-cloison.

Le réseau veineux est tellement serré, surtout dans le cornet inférieur, qu'il donne à la pituitaire un aspect pour ainsi dire caverneux.

Les capillaires qui en partent, formant des mailles très rapprochées, se portent vers les trous des os propres du nez et la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur,

pour se jeter dans la veine faciale. D'autres, traversant en haut le trou borgne du frontal, vont former l'origine du sinus longitudinal supérieur. Les plus considérables et les plus nombreux se dirigent par le trou sphéno-palatin vers la fosse zygomatique où par des troncs volumineux ils se jettent dans les veines maxillaire interne, faciale et ophtalmique. Entre ces veines et celles de la région ethmoïdale de la base du crâne existent de nombreuses communications qui ont toutes lieu par les trous nombreux qu'on trouve en cet endroit.

Ce réseau sanguin, excessivement développé, offre les dispositions les plus favorables à une rupture, et la fragilité même de la muqueuse vient apporter une raison de plus à sa possibilité.

D'ailleurs chez l'adolescent tous les organes sont gorgés de liquides; c'est partout une vie proliferative nécessitée par les besoins de nutrition et d'accroissement. La vie à cet âge est surtout active; c'est le moment des exercices violents, l'heure de l'éducation intellectuelle, causes fréquentes de congestion.

Aussi l'on comprend facilement que sous l'influence de cette pléthore vitale, de cette activité incessante, de ces congestions répétées, des hémorrhagies puissent se produire, et cela par les vaisseaux offrant le moins de résistance, comme ceux de la muqueuse nasale.

Ces hémorrhagies sont d'autant plus fréquentes à cet âge, qu'à ces causes occasionnelles viennent bien souvent s'ajouter des maladies fébriles qui augmentent encore leur nombre.

Causes de leur rareté relative dans la vieillesse.

Chez le vieillard, au contraire, la muqueuse pituitaire s'atrophie peu à peu, ainsi que les autres éléments de l'organisme. Le tissu conjonctif et fibreux qui compose sa trame fournit un plan

plus résistant. Les petits vaisseaux qui la sillonnent, comme tout le reste du système capillaire, présentent une imperméabilité progressivement croissante. On en trouve la preuve dans la difficulté qu'on éprouve à faire pénétrer profondément une injection artérielle dans le cadavre d'un vieillard (1).

De plus, à cet âge, où la vie devient purement passive et pour ainsi dire végétative, les causes de congestion deviennent plus rares et ne seraient pas toutefois assez puissantes pour vaincre à elles seules la résistance des vaisseaux.

Les maladies elles-mêmes qui pourraient déterminer des épistaxis tendent à disparaître avec l'âge, car la vieillesse semble créer une immunité presque complète pour les affections de la jeunesse et de l'âge adulte. — Sans passer en revue toutes les maladies capables de donner naissance à une hémorrhagie, nous pouvons cependant constater que les fièvres graves, infectieuses ou éruptives, disparaissent chez le vieillard, quoique l'on cite des cas de fièvre typhoïde à soixante-dix et même soixante-quinze ans, et le cas de Louis XV mort d'une variole hémorrhagique à soixante-quinze ans.

Les affections aiguës des viscères, à l'exception des affections cardiaques, vont aussi en diminuant et si, par hasard, on en rencontre quelque cas isolé, les symptômes ont perdu quelque chose de leur physionomie normale. Ils semblent avoir subi l'influence de la déchéance de l'organisme. On ne trouve plus guère, comme triste apanage de la vieillesse, que les maladies chroniques du poumon, du cœur et des vaisseaux, les diathèses et parfois le cancer.

Mais toutes, de même que les congestions seraient généralement insuffisantes par elles-mêmes pour produire une hémorrhagie, si à cette cause pour ainsi dire occasionnelle, ne

(1) *Traité des maladies des vieillards* (Durand-Fardel).

venait s'ajouter une cause efficiente vraiment active; nous voulons parler de l'altération du système vasculaire.

I. — Cause efficiente de l'hémorrhagie.

Cette altération du système vasculaire est constante chez l'homme à partir d'un certain âge : et ce n'est pas le nombre des années qui constitue la sensibilité, car il y a des vieillesses anticipées comme il y a de vertes vieillesses.

Lorsque l'organisme ne parvient plus qu'imparfaitement à réparer les pertes qu'il subit chaque jour, alors commence la déchéance et avec elle la véritable vieillesse.

L'altération débute par la tunique interne du système vasculaire : cette tunique constante dans tout l'arbre artériel, commençant au capillaire dont elle constitue la paroi propre, est formée par une substance amorphe, homogène, transparente chez les jeunes sujets, grisâtre chez l'adulte, opaline chez le vieillard (1).

L'infiltration dont elle est le siège se traduit par un dépôt graisseux à l'intérieur des cellules, dépôt leur communiquant cet aspect opalin déjà signalé. En effet, l'étude microscopique des capillaires chez le vieillard révèle la présence de gouttes graisseuses, qui, se substituant peu à peu aux éléments de la paroi, diminuent progressivement le calibre du canal. D'abord disposée ça et là sans ordre, elles peuvent se ranger en séries longitudinales et trancher par leur coloration sur la paroi homogène. On peut même rencontrer des capillaires devenues tout à fait opaques par leur accumulation; et on constate alors la disparition des noyaux longitudinaux de la paroi (2).

(1) Thèse de Gimbert, 1865.
(2) Thèse de Feraud, Paris, 1868.

D'après Robin, lorsqu'on trouve ces altérations des capillaires à une seule tunique, on est sûr de trouver l'altération plus avancée dans ceux à deux ou à trois tuniques ; car elle s'étend progressivement aux conduits de plus en plus gros et spécialement aux artères.

Elle progresse de la face interne à la face externe des parois, se substituant petit à petit aux éléments et amenant une perte plus ou moins considérable des parties qui la constituent.

Constante chez les individus de soixante à soixante-dix ans, en dehors de toute influence morbide, cette infiltration est une conséquence de la vieillesse et se rencontre également chez les vieux mammifères, le chien en particulier, ainsi que l'a démontré M. Vulpian (1).

Or, d'après Freidreich et Payer, cette infiltration, en amenant un défaut de cohésion dans la paroi des capillaires, est la cause la plus fréquente des hémorrhagies interstitielles.

Sans stade antérieur appréciable, elle ne se borne pas seulement aux capillaires, mais tous les éléments de l'organisme peuvent en devenir le siège : et à l'altération du tissu cardiaque se rapportent les phénomènes d'asystolie, observés fréquemment chez les vieillards, alors même qu'ils paraissent jouir d'une bonne santé.

Le seul signe appréciable qui permette bien souvent de reconnaître cette altération est la dégénérescence granulo-graisseuse de la périphérie de la cornée, désignée sous le nom d'arc sénile (2). En effet, l'exploration de la radiale peut ne pas donner cette sensation d'un cordon dur roulant sous le doigt et cependant l'infiltration peut exister et doit même exister si l'individu est d'un certain âge.

(1) Vulpian. — *Mémoires de la Société de Biologie*, t. I, p. 33.
(2) Lecorché. — *Altération athéromateuse des artères* (Thèse de concours 1869).

L'athérome n'est pas une conséquence fatale de l'infiltration graisseuse et si bien souvent elle la complique de ses manifestations, la faute doit généralement en être rejetée sur l'alcoolisme ou les diathèses.

La ligne même de démarcation entre ces deux lésionsest bien tranchée; car si l'une est un phénomène purement passif et s'établit sans processus irritatif, l'autre consiste dans une prolifération plus ou moins active des éléments qui constituent la membrane interne des artères avec inflammation concommittante, qui se développe ici en dépit de l'âge ainsi que l'a démontré M. Henri Martin (1).

Par suite du choc répété de l'ondée sanguine, il peut arriver que des cellules de cette membrane interne, gonflées outre mesure, sous l'influence des causes morbides, se rompent à l'intérieur du vaisseau ou dans l'épaisseur de la membrane.

Dans l'épaisseur de la membrane, sous la couche endothéliale, vont se former alors de petits kystes granulo-graisseux, de petits foyers de désintégration déterminant une irritation lente, une artérite chronique. Accumulées dans les parties les plus profondes, qui sont surtout et d'abord altérées, ces collections riches en graisse, appelées abcès athéromateux, peuvent s'ouvrir dans la cavité des artères et, entraînées par le torrent circulatoire, pénétrer dans les vaisseaux de petit calibre en produisant les accidents de l'embolie capillaire (2).

Lorsque les cellules se rompent à l'intérieur des vaisseaux, elles laissent à nu une surface tomenteuse, que Virchow a désignée sous le nom d'usure superficielle desartères, et qui va devenir l'occasion d'un dépôt fibineux.

(1) Henri Martin. — *Revue Médicale*, 1881.
(2) *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, Ball et Charcot, p. 9, 10, 11.

Ce dépôt, à son tour, une fois constitué, va sans cesse en augmentant et peut aboutir à des termes différents ; ou bien c'est une dégénérescence graisseuse commençant par sa partie centrale qui va former la plaque laiteuse et à laquelle le bourrelet d'endartérite périphérique peut donner l'aspect ombiliqué d'une pustule ; ou bien il subit une organisation fibro-cartilagineuse et constituera la plaque chondroïde ; ou bien par suite d'une incrustation calcaire donnera naissance à la plaque calcaire.

L'influence du choc sanguin, comme cause indirecte de ces manifestations morbides, est prouvée par l'endroit même qu'elles occupent de préférence. Leur lieu d'élection est les gros troncs artériels, principalement la crosse de l'aorte, et les artères sineuses comme celles du cerveau ou leur point de bifurcation.

Elles vont en diminuant avec le calibre des vaisseaux pour disparaître dans les capillaires par cela même que le choc de l'ondée sanguine se fait de moins en moins sentir.

Par la gêne que ces lésions apportent dans le fonctionnement du vaisseau, en même temps que l'endartérite, se développe généralement une périartérite concommittante, et la tunique moyenne, prise entre deux proliférations, subit une altération de nature régressive. C'est une dégénération de ses cellules musculaires et une destruction moléculaires des fibres élastiques.

Les premières manifestations occupent la partie la plus interne de la membrane moyenne; mais lorsque la maladie devient très intense, toute son épaisseur peut être altérée, détruite et même disparaître complètement.

La paroi du vaisseau, privée alors de sa partie la plus résistante, n'ayant plus assez de force pour amortir le choc sanguin, se laisse dilater en donnant naissance à des anévrysmes susceptibles de se rompre et de produire une hémorrhagie.

II. — Causes prédisposantes.

Ces différentes altérations, infiltration ou athérome, peuvent apparaître à un âge plus ou moins avancé, et déterminer parfois une vieillesse anticipée ; car ainsi que l'a dit Cazalis : « On a l'âge de ses artères. »

Parmi les causes capables de hâter leur apparition, nous pouvons ranger toutes celles qui, d'une manière ou de l'autre, débilitant l'organisme, entraînent sa déchéance. De ce nombre sont les chagrins prolongés, les privations, les fatigues ou bien les abus alcooliques, enfin les excès de toute sorte qui usent, pour ainsi dire, un individu. Ensuite viennent toutes les maladies qui jettent un trouble dans la nutrition comme les maladies chroniques du tube digestif, les diathèses, soit rhumatismale goutteuse, scrofulerse et syphilitique ; le diabète et l'albuminurie, les intoxications diverses par le plomb, le phosphore, l'arsenic, etc.

Sous l'influence de cette déchéance anticipée, malgré que la lésion vasculaire soit relativement la même, les hémorrhagies auront d'autant plus de chance de se produire que bien souvent alors pourront s'y ajouter des lésions viscérales entraînant une augmentation de la tension sanguine et venant agir comme causes occasionnelles.

III. — Causes occasionnelles.

Ces causes, qui cependant sont bien souvent minimes et dans l'âge adulte seraient insuffisantes pour produire une hémorrhagie sont toutefois généralement la cause de son apparition chez le vieillard.

Ce sont tantôt une simple congestion (Obs. X), tantôt une

fatigue (Obs. VI), tantôt des émotions vives qui, accélérant généralement les battements du cœur, augmentent la tension intra-vasculaire (Obs. X, XI). Tantôt c'est une simple toux ou un éternuement, alors que la fermeture de la glotte et la brusque contraction des muscles expirateurs ont pour effet de développer une pression considérable dans la cavité thoracique et un reflux du sang dans les vaisseaux du cou (Obs. VII). Parfois encore c'est un repas trop copieux ou un écart de régime qui viennent accélérer les pulsations cardiaques (Obs. III, V), ou quelquefois le simple passage de l'état de sommeil à l'état de veille alors que le cœur change son rythme et augmente le nombre de ses battements (Obs. I, IV, IX). D'autres fois enfin une simple élévation de la température (Obs. VIII), ou la seule contraction des muscles abdominaux dans certains actes physiologiques suffit à occasionner l'épistaxis (Obs. II, VII).

Des hémorrhagies en général.

En résumé, cette altération des vaisseaux, qu'elle se produise tardivement sous l'influence sénile ou beaucoup plus tôt par suite de causes prédisposantes, n'en renferme pas moins tous les éléments nécessaires à occasionner une rupture, d'autant plus que d'après Marey, Leuret, Mitivié, la pulsation chez le vieillard est plus énergique et plus fréquente (1).

C'est d'abord une diminution de la résistance vasculaire par suite de la dégénération des parois, puis, comme conséquence, une altération du tissu ambiant dont la consistance et la vitalité

(1) Marey, Etude sur la circulation.

diminuées ne présentent plus un appui aussi résistant; enfin se produit en même temps une perte d'élasticité des tuniques artérielles et conséquemment une hypertrophie cardiaque parfois légère il est vrai, mais quelquefois assez prononcée.

Il est donc facile de s'expliquer, sans même qu'il y ait d'autres lésions d'organes, que sous l'influence de causes occasionnelles, souvent sans grande importance, il puisse se produire des hémorrhagies.

Ces hémorrhagies se font généralement par les petits vaisseaux, par cela même que l'infiltration graisseuse y est toujours plus avancée que dans tout le système circulatoire et que cette infiltration est le véritable facteur de l'hémorrhagie.

Certainement les lésions athéromateuses en diminuant davantage la résistance et l'élasticité des vaisseaux exposent bien plus les individus à des ruptures vasculaires; mais ces ruptures peuvent se produire sans qu'il soit permis de trouver dans les artères d'autre altération que l'infiltration.

L'athérome affecte surtout les gros vaisseaux, tandis que les dernières ramifications, artérioles veinules ou capillaires semblent en être à l'abri.

Lorsque l'athérome existe, l'infiltration des capillaires est pour ainsi dire au dernier degré; mais elle peut être aussi avancée sans qu'il y ait dans tout l'arbre artériel aucune trace de plaque athéromateuse ni d'artérite.

C'est surtout sur l'encéphale qu'on a étudié les hémorrhagies chez le vieillard : aussi possédons-nous sur ce point un grand nombre de documents d'une extrême importance.

En contrôlant avec Durand-Fardel la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, nous voyons que dans trente-deux cas, quatre fois les artères ne sont nullement athéromateuses. Un peu plus tard M. Bouchard, reprenant ces travaux avec des observations fournies par Charcot et Vulpian, peut arriver à cette conclusion

que dix-huit fois sur cent les artères ne présentent aucune trace d'athérome (1).

Robin va même jusqu'à dire que la plupart du temps dans l'hémorrhagie cérébrale on ne constate qu'une altération graisseuse des capillaires et leur rupture (2).

Si les hémorrhagies chez le vieillard se font généralement dans le cerveau, ceci tient surtout à ce que les viscères ayant subi un mouvement général d'atrophie, ont en diminuant de volume resserré leurs mailles et emprisonné davantage les vaisseaux.

Dans le cerveau, au contraire, la faible consistance relative du tissu nerveux n'offre pas un point d'appui suffisant à leurs parois déjà altérées. Le retrait même de sa masse qui ne parvient plus à remplir aussi bien la cavité cranienne, laissant entre les hémisphères et la paroi osseuse un espace libre, comblé il est vrai, par l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, vient apporter une raison de plus à la possibilité d'une hémorrhagie cérébrale.

C'est même cette raison qui explique la prédilection des ruptures pour les autres parties de l'organisme où les vaisseaux sont peu soutenus ou superficiellement placés.

Nous pourrons citer à ce propos le mémoire de M. Ollivier où il rapporte l'observation d'un homme âgé de soixante-douze ans, qui, sans aucun antécédent morbide, et malgré une vie réglée et sans excès, a présenté successivement des hémorrhagies cérébrales, de petites hémoptysies, de l'hématurie, et chez lequel on n'a pu constater à l'autopsie qu'une altération vasculaire avec dilatations anévryosmatiques dans certains points des vaisseaux et notamment dans le cerveau et dans les reins (3).

(1) Bouchard. — *Pathogénie des hémorrhagies* (th. concours), 1869.
(2) Ch. Robin. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856.
(3) Mémoire A. Ollivier, — *Archives de physiologie*, 1873.

De petits anévrysmes ont été aussi observés dans les vaisseaux de la muqueuse nasale et donnés comme cause de l'épistaxis chez le vieillard. C'est ce que nous voyons ressortir des observations du Dr Calmettes (1).

Mais ces anévrysmes ne sont que la lésion secondaire et ; l'altération vasculaire, qui est la première en date, peut aussi bien produire d'emblée une hémorrhagie qu'une dilatation anévrysmale.

De l'épistaxis en particulier.

Pour être plus rares que les hémorrhagies cérébrales, les épistaxis cependant sont assez fréquentes ; si l'attention n'a pas été appelée sur elles et si l'on ne possède qu'un très petit nombre d'observations à ce sujet, cela tient surtout à ce que les gens, généralement portés à juger cette affection par comparaison avec celle de la jeunesse, la regardent comme un phénomène à peu près sans importance.

Il faut que la persistance de l'écoulement, résistant à tous les petits moyeux mis par eux en usage, l'abondance du sang perdu et l'aspect extérieur du malade leur donnent de l'inquiétude pour qu'ils se décident à recourir au médecin.

Aussi, bien souvent, pour ne pas dire toujours, celui-ci n'arrive que lorsque l'abondance de l'hémorrhagie, l'état de faiblesse du sujet l'empêchent par la gravité même du cas de porter un diagnostic complet.

Le diagnostic cependant doit, pour être complet, comprendre deux points :

1° Reconnaître l'hémorrhagie ;

(1) Calmettes. — *Progrès médical*, 1880-1881.

2° Reconnaître sa cause.

L'origine nasale de l'écoulement apparaît ordinairement de prime-abord et a été généralement reconnue lorsque le médecin est appelé.

Néanmoins, dans certains cas, surtout lorsque la rupture vasculaire siège dans la partie postérieure des fosses nasales ou que le malade est dans le décubitus dorsal, le sang peut s'écouler du côté du pharynx. Mélangé à l'air et rendu par expuition il peut simuler les crachats hémoptoïques ou bien encore se retrouver dans les vomissements ou dans les selles et prendre l'aspect de l'hématemèse ou du mœlena.

Symptomatologie.

Parfois l'épistaxis est précédée des symptômes prémonitoires habituels, tels que céphalalgie, étourdissements, sensation de chaleur à la région frontale ou de chatouillement incommode dans les fosses nasales (Obs. II, VII, IX, X), mais généralement l'hémorrhagie apparaît sans prodomes d'une façon brusque et inopinée comme dans les cas d'ulcération et même sans qu'y il ait de lésion appréciable de la muqueuse (Obs. I, IV, VII, VIII, XI).

Elle peut être plus ou moins abondante suivant les cas ; mais, si elle est ordinairement de courte durée chez les jeunes gens, elle est au contraire plus persistante et plus grave chez le vieillard.

Généralement, dans la jeunesse, elle s'arrête d'elle-même où sous l'action de faibles moyens, tandis que dans la vieillesse elle est très tenace et presque toujours, lorsqu'elle s'est une fois montrée, par suite de la perte de tonicité des vaisseaux, elle ne s'arrête pas à une première manifestation. Les rechutes sont

presque constantes et pour ainsi dire fatales, ainsi que nous le voyons dans les observations fournies à l'appui de notre thèse.

Le sang quelquefois rouge, rutilant, facilement coagulable (Obs. IV, IX) s'écoule souvent par une seule narine, la droite (Obs. VI, VII, IX, XI) ou la gauche (Obs. I, II, IV, V, X), d'autres fois par les deux en même temps (Obs. VIII).

Mais ordinairement plus l'écoulement dure, plus le sang devient fluidifié, moins coagulable et l'épistaxis par suite plus difficile à enrayer.

Ce sang peut, comme nous l'avons déjà dit, couler parfois par l'arrière-cavité des fosses nasales et retomber dans le pharynx (Obs. VI, X).

Se produisant souvent à gouttes précipitées, et d'une façon continue, il peut surtout chez les personnes douées d'une forte constitution, n'entraîner qu'un sentiment de faiblesse sans changement de physionomie, ainsi que nous le voyons dans les observations VI et VIII où le pouls, noté avec soin, donnait chez le premier malade soixante-seize plusations, et chez le second quatre-vingt-quatre à la minute.

Mais généralement, par la trop grande perte qu'il fait subir à l'organisme, il occasionne une extrême faiblesse et presque un état de défaillance (Obs. I, II, IV, V, X). Il peut même se présenter des cas où l'abondance de l'hémorrhagie crée un danger pressant et où le malade, pâle, affaibli, présentant un ralentissement notable des pulsations et un refroidissement des extrémités, est sous la menace d'une syncope. La mort dans ces circonstances a été observée (1). Tout au moins ces épistaxis peuvent par leurs répétitions entraîner un état anémique considérable, dont il faudra tenir compte dans le pronostic.

(1) *Lancette anglaise*, 23 mars 1881.

Diagnostic.

Quand l'origine de l'hémorrhagie sera douteuse, pour arriver plus vite et plus sûrement au diagnostic, on n'aura qu'à examiner le pharynx. Il ne peut se présenter que deux cas; ou la lésion siège au-dessous des piliers postérieurs du pharynx, dans la région pharyngienne; ou bien au-dessus de ces piliers, dans la région nasale.

En examinant le pharynx, et en faisant respirer le malade par la bouche, on pourra, dans le premier cas, à l'aide d'un bon éclairage, apercevoir le siège de l'hémorrhagie, si la lésion est accessible au regard ; ou bien on ne verra aucune trace d'écoulement si la lésion est située au-dessous du champ visuel. Le sang alors continuant à couler pourra s'échapper dans le canal laryngo-trachéal en provoquant le réflexe de l'expectoration, ou dans l'œsophage où il ne fournira sur le moment aucun signe extérieur appréciable.

Dans le second cas, si l'hémorrhagie se fait au-dessus des piliers postérieurs, dans la région nasale, en faisant toujours respirer le malade par la bouche, l'occlusion complète des muscles staphylo-pharyngiens enlèvera au sang sa deuxième voie d'échappement et le forcera à couler par le seul orifice qui reste libre, l'orifice antérieur des fosses nasales.

Mais encore, dans ce second cas, la rupture peut siéger ou dans les cornets, ou dans l'arrière cavité, limitée par l'orifice postérieur des fosses nasales en avant et en bas par le plan incliné formé par les staphylo-pharyngiens. Si, d'un côté, la lésion siège dans les cornets, en faisant courber légèrement la tête au malade, de manière à donner au plancher nasal une légère inclinaison antérieure, le sang, glissant sur cette paroi, continuera à couler sans interruption.

Si, au contraire, la lésion siège en arrière des cornets, dans l'arrière cavité, l'écoulement subira un petit temps d'arrêt qui sera proportionnel à son abondance, mais qui toujours se manifestera et durera le temps nécessaire à la réplétion du petit cul-de-sac formé par les staphylo-pharyngiens, c'est-à-dire jusqu'à ce que le niveau du sang arrive au niveau de l'inclinaison de la paroi nasale inférieure.

Si alors on dit au malade d'expirer par les narines l'air de sa respiration, sous l'influence de cette poussée, le sang contenu dans ce petit cul-de-sac, s'échappant par les narines, viendra augmenter la quantité de l'écoulement sous forme d'une petite ondée, tout en laissant ensuite le petit temps d'arrêt dont nous avons déjà parlé.

On pourrait au besoin se servir du rhinoscope, d'autant plus que parfois il permettrait de déterminer le genre de lésion qui a occasionné l'épistaxis.

Si c'est une fracture, les commémoratifs pourront mettre sur la voie.

Si c'est une tumeur, telle qu'un polype, la simple vue ou le toucher donneront les renseignements voulus.

Si c'est une érosion ou une ulcération, le rhinoscope sera plus nécessaire et la connaissance des antécénents morbides du sujet sera d'un grand secours.

En dehors des traumatismes, d'une tumeur ou d'une ulcération, l'épistaxis, ainsi que l'a dit Verneuil à une de ses cliniques du mois de juin 1887, est constamment sous l'influence d'un état fébrile, d'une lésion d'un grand viscère comme le cœur, le foie ou le rein, ou d'une maladie constitutionnelle.

Les maladies fébriles, nous l'avons dit, sont rares dans la vieillesse : en tout cas, s'il s'en présente, il est facile de les constater.

Les maladies viscérales peuvent parfois se rencontrer comme

cause occasionnelle de l'épistaxis, qui peut encore apparaître dans les pneumonies, soit au début, soit comme phénomène critique (1). On devra donc, dans ces cas, examiner les poumons, le foie, le cœur, le pouls, les urines.

On l'a encore notée comme phénomène morbide dans l'intoxication palustre (2).

Mais la pathologie de l'épistaxis est plus ou moins dominée chez le vieillard par l'altération vasculaire et c'est même à elle que se rattachent les hémorrhagies nasales ou autres dans les cas de diabète ou d'albuminurie, de maladies constitutionnelles ou diathésiques.

Toujours est-il que la notion de cet état morbide sera de la plus grande utilité pour l'efficacité du traitement médical.

Pronostic.

Chez le vieillard, le pronostic doit toujours être réservé par cela même que les hémorrhagies sont relativement rares à cet âge et que lorsqu'elles se produisent elles sont presque toujours symptomatiques, non plus généralement d'une lésion viscérale, mais d'un état constitutionnel mauvais, d'une déchéance vitale caractérisée par le défaut de résistance des vaisseaux et qui peut aussi bien du jour au lendemain donner naissance à une hémorrhagie cérébrale qu'à une épistaxis.

De plus à cet âge les hémorrhagies retentissent plus facilement sur l'organisme, et les pertes qu'elle lui fait subir ne sont plus aussi facilement réparables.

Aussi pour établir un bon pronostic, il faut se baser :

(1) Grisolle. — *Traité de la pneumonie.*

(2) Garnier. — *Epistaxis intermittente*, association française, 1881 ; L.-H. Petit. — *Gazette hebdomadaire*, 1881.

1° Sur l'abondance du sang perdu et sa plus ou moins grande facilité de coagulation ;

2° Sur les causes qui ont donné naissance à l'hémorrhagie ;

3° Sur l'état constitutionnel du sujet et son genre de vie.

En effet, la durée et par conséquent l'abondance de l'écoulement peut quelquefois assez affaiblir le sujet pour que la convalescence soit longue et difficile à obtenir.

Cet état de faiblesse sera d'autant moins vite réparable qu'on aura affaire à un sang plus fluidifié, plus altéré.

Les causes qui auront donné naissance à l'hémorrhagie devront entrer pour beaucoup en ligne de compte ; car on comprend qu'une épistaxis occasionnée par une érosion de la muqueuse sera moins grave qu'une autre engendrée par le seul progrès de l'altération vasculaire.

L'état constitutionnel du sujet devra aussi être pris en sérieuse considération ; et en même temps il faudra s'enquérir, ou au moins tâcher de se rendre compte du milieu dans lequel le malade est forcé de vivre : car un individu vieilli avant l'âge par le travail, les privations ou les maladies sera bien plus exposé aux causes prédisposantes ou aux conséquences fâcheuses qu'un homme dans des conditions plus fortunées qui peut changer ses habitudes.

Il faut, en un mot, d'après la constitution du sujet, l'abondance de l'hémorrhagie, ses antécédents morbides et son genre de vie, juger de sa valeur vitale et peser la résistance qu'il peut opposer à la perte de sang qu'il vient de subir en même temps que la prise qu'il peut offrir aux rechutes ou aux complications.

I. — Traitement indirect.

Dans le vulgaire, lorsqu'on ne laisse pas l'écoulement s'arrêter de lui-même, on place ordinairement à la nuque du

malade, si l'on n'a pas de clef, parce que la clef paraît jouir pour quelques-uns d'une vertu spéciale, le premier objet froid qu'on trouve sous la main. On fait aspirer de l'eau fraîche au malade, on lui en verse sur la tête, et souvent la contraction des petits vaisseaux consécutive à l'impression du froid suffit, surtout dans la jeunesse, à arrêter l'hémorrhagie.

Gallien recommandait les ventouses sur les hypocondres. D'après la traduction de Kulm, lorsque le sang coule par la narine droite, on doit appliquer les ventouses sur le foie ; s'il s'échappe par la narine gauche il faut les placer sur la rate et sur les deux viscères à la fois quand il se présente une hémorrhagie double.

Comme à l'appui de ce traitement, le Dr Robbe, à Nogent-le-Rotrou, rapporte le cas d'une jeune fille d'une constitution forte, chez laquelle la saignée, en honneur à cette époque, n'ayant pas réussi à arrêter une épistaxis considérable, les ventouses enrayèrent complètement l'hémorrhagie, à défaut du tamponnement qui n'avait pu être pratiqué par suite de l'étroitesse des fosses nasales (1).

Le Dr Macnamara, lui aussi, recommande une dérivation sur les hypochondres, non plus par les ventouses, mais par un vésicatoire à l'ammoniaque (2).

En 1855, Négrier, d'Anger, préconise l'élévation du bras correspondant à la narine qui est le siège de l'écoulement, puis dans une note rectificative de la même année, il dit à la suite d'observations du Dr Jamain, que le malade doit se comprimer en même temps la narine et redresser la tête, sans trop la renverser, pour que le sang ne puisse passer par les arrière-fosses nasales et qu'un caillot soit susceptible de se former (3).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1839.
(2) *Journal de Dublin*, 1862.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1855.

Après avoir essayé de ce mode de traitement, le Dr Jamain rapporte avoir guéri ainsi pendant une marche militaire vingt-huit cas d'épistaxis en trois jours et n'avoir eu que trois récidives (1).

Le Dr Huard, de Mugron, en 1863, comme une réminiscence du traitement de Négrier, recommande de serrer les narines avec la pulpe des doigts, mais le plus haut possible, et de pencher la tête en avant pour faciliter la coagulation du sang, et en ouvrant la bouche afin de l'empêcher de refluer par les arrières-narines (2).

Sept ans après, M. Letenneur, préconise le même moyen de compression, mais pratiqué à l'endroit ou un petit soulèvement intermittent des parties molles indique qu'une pulsation a lieu en ce point. Ce petit mouvement, dit-il, n'est pas perceptible à l'œil nu; mais le doigt promené sur la région le fait sentir promptement. Cette compression ne dure pas longtemps, à moins qu'on ait affaire à un sang fluidifié, auquel cas il est aisé d'appliquer un tampon compresseur facilement maintenu par un ou deux tours de bande (3).

Le Dr Henri Duclos dans le même journal relate un nouveau moyen d'arrêter l'écoulement dû à M. Piorry.

Ce médecin, appelé auprès d'un concierge pour une hémorrhagie nasale considérable, appliqua d'abord des ligatures au-dessous des genoux, en faisant lever la tête au malade, puis plaça un tampon à l'orifice antérieur des fosses nasales ; mais aucun de ces moyens n'ayant réussi, il allait pratiquer le tamponnement, lorsqu'il eut l'idée de comprimer la carotide du côté correspondant à la narine par laquelle se faisait l'écoulement. L'hémorrhagie qui durait depuis quatorze heures consécutives

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1863.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1870.

s'arrêta aussitôt. La compression fut continuée pendant vingt minutes, et il n'y eut pas de récidive (1).

Après lui, le Dr Gibbon cite, la même année, à l'appui de ce moyen, les observations de deux malades auxquels il l'a appliqué avec un plein succès (2).

II. — Traitement direct.

Astringents occlusifs.

Tous les différents moyens dont nous venons de parler, ventouses, vésicatoires à l'ammoniaque, élévation des bras, compression de la narine, compression des carotides sont des procédés indirects qui agissent surtout en empêchant le sang d'arriver à la narine et facilitent ainsi sa coagulation.

Parmi les autres moyens employés et qui viennent directement porter leur action dans les fosses nasales, nous avons d'un côté ceux qui, ainsi que le froid, la glace, déterminent une contraction et une rétraction des vaisseaux comme les astringents ; et de l'autre ceux qui agissent par occlusion comme les tampons.

Au nombre des astringents, les plus usités sont les poudres coagulantes telles que la poudre de gomme alunée recommandée par Laclaysse d'Anvers (3), une poudre hémostatique dont M. le professeur Vergely a reconnu l'efficacité et dont nous donnerons plus loin la formule ; les injections au perchlorure de fer préconisées par Verneuil et le Dr Leeper dans le journal de Dublin.

Parmi les traitements occlusifs, qui tous se réduisent au

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1846.
(2) *Gazette médico-chirurgicale*, 1846.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1846.

tampon employé seul ou associé aux astringents et au tamponnement, nous trouvons d'abord l'emploi de l'amadou roulé en cône allongé de la grosseur de l'ouverture des fosses nasales, recommandé par le Dr Morand de Tours (1). « Ce cône, dit-il, graissé à la surface, mais sans impreignation, pour faciliter son placement, doit être introduit en vrillonnant et sans trop presser. »

Le Dr Calvy, de Toulon, se prononce pour l'emploi de l'éponge préparée et taillée en sonde de façon à ce qu'elle puisse pénétrer jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales (2).

Reveillé-Parisse, parlant de trois procédés employés par lui comme meileurs moyens hémostatiques, cite d'abord l'emploi de bourdonnets de charpie impreignés d'alcool ; puis celui d'un mélange à parties égales d'alun et de gomme arabique fortement insufflé ; et, en dernier terme, comme le plus simple est le meilleur de tous, l'emploi du coton cardé ; mais il faut, dit-il, prendre plusieurs précautions ; c'est, premièrement, de nettoyer la narine, puis de se servir de bourdonnets de coton bien pur et bien blanc, et les bourdonnets ni trop serrés, ni trop mous pour que le sang puisse pénétrer dans leurs interstices sans cependant les traverser (3).

M. le professeur Vergely, associant les astringents aux tampons, recommande l'emploi de bourdonnets de charpie roulés dans la poudre hémostatique suivante composée de : Lycopode 50 grammes, tannin 3 grammes, alun 1 gramme, et Colophane 2 grammes.

On peut, au besoin, attacher les bourdonnets en queue de cerf-volant pour faciliter ensuite leur extraction. Ce procédé est encore celui qui a paru à M. Vergely le moins infidèle.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1845.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1843.
(3) *Union médicale*, 1852.

En dernier terme nous trouvons le tamponnement vraiment chirurgical préconisé par Pajot (1). On peut le pratiquer soit avec la sonde de Belloc ou une sonde en gomme plus ou moins grosse et munie d'un mandrin plus ou moins recourbé suivant l'étroitesse du méat inférieur ou la convexité de son cornet.

III. — Traitement médical.

Le traitement médical peut s'adresser à l'hémorrhagie même et venir aider le traitement chirurgical.

Dans ce cas, on pourra donner les médicaments qui, déterminant une contraction des petits vaisseaux, diminueront la circulation périphérique et comme M. le professeur Vergely, associer l'ergotine au rathanhia.

Il peut être en même temps étiologique et symptomatique, comme dans les cas d'épistaxis se manifestant sous formes intermittentes par suite d'intoxication palustre, dont il peut devenir un symptôme, et justifier alors de l'emploi du sulfate de quinine.

Mais parmi les causes ordinaires de cette hémorrhagie chez le vieillard, nous avons vu qu'elles pouvaient être : effi ciente comme l'altération vasculaire, prédisposante comme les diathèses, les intoxications; occasionnelle comme les congestions, les émotions.

Le traitement devra donc s'adresser à l'une ou à l'autre, suivant le cas ; et quelle que soit d'ailleurs la cause, il faudra traiter cette cause pour supprimer ou au moins atténuer la possibilité des rechutes, d'après la vieille et excellente maxime : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Ce qu'il faudra avant et par-dessus tout, c'est une bonne

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1846.

hygiène; éviter toutes les causes de congestions, telles que : exercices trop violents, attention trop soutenue, repas trop copieux.

Le malade devra boire et manger peu, et suivant les besoins de l'organisme; prendre ses repas à des heures réglées et en évitant autant que possible d'y faire entrer des excitants; faire un exercice modéré au grand air, ne jamais veiller et mener en somme une vie tranquille et exempte le plus possible d'émotions.

Discussion du traitement.

En dehors du traitement médical, sans préconiser tel ou tel traitement, nous croyons cependant pouvoir conseiller d'abord la compression des carotides; à moins que l'écoulement ne soit déjà trop abondant pour permettre de courir une chance, si minime qu'elle soit, de voir reparaître l'hémorrhagie.

Aussi nous pensons qu'il vaut mieux recourir de suite, à l'exemple de M. le professeur Vergely, aux tampons, et aux tampons saupoudrés de la poudre hémostatique, libre ensuite de pratiquer la compression des carotides.

Ces tampons, ainsi préparés, présentent comme avantage sur le véritable tamponnement chirurgical, celui de nécessiter un temps moins long, un travail moins laborieux et de ne pas être aussi douloureux pour le malade.

On ne doit, suivant nous, user du vrai tamponnement qu'en dépit de cause et comme dernière planche de salut.

Il ne faudrait pas, cependant, surtout chez le vieillard où les vaisseaux sont déjà altérés, sous prétexte de moins faire souffrir le malade, essayer l'échelle progressiuement croissante des moyens employés ; car on ne doit pas perdre de vue que lorsqu'on

est appelé, tous les petits moyens, tels que : réfrigérants, eau vinaigrée, compression de la narine ont été essayés inutilement, et que ce serait au moins perdre un temps précieux que de s'attarder à les éprouver.

Tant que le pouls conserve sa force et son rythme, les yeux, leur éclat, les joues leur couleur, les extrémités leur température, le cœur sa force et sa régularité dans ses battements, le danger peut ne pas être pressant ; mais lorsque ces limites sont dépassées, la condition qui s'impose c'est d'arrêter l'hémorrhagie et il faut le faire le plus promptement possible.

Il y a cependant des auteurs et le Dr Martineau entre autres, dans l'article *Epistaxis*, du dictionnaire de Jacoud, qui prétendent que chez le vieillard, indemne de toute affection organique, il faut se garder de diriger contre cette hémorrhagie un traitement quelconque ; car elle doit être regardée comme salutaire. Il cite à l'appui de son opinion les cas relatés dans la thèse de Sorre (1) de deux femmes âgées chez lesquelles pour arrêter des épistaxis très abondantes et durant depuis plusieurs jours on pratiqua le tamponnement. L'écoulement cessa, dit-il, mais quelques jours plus tard, elles furent prises d'apoplexie cérébrale à laquelle elles succombèrent. Cazalis, Franck, Wattson ont eu l'occasion d'observer des faits semblables.

Nous pourrons lui répondre d'un côté, que, lorsqu'on est appelé pour un cas de ce genre, l'hémorrhagie, comme nous l'avons dit plus haut, est généralement déjà très abondante et que le temps qui peut rester est trop précieux pour aller chez un vieillard le perdre à passer en revue tous les organes pour savoir s'ils sont indemnes de toute lésion.

De l'autre côté, aux observations relatées, nous répondrons que ces cas d'apoplexie cérébrale ne sont qu'une preuve de

(1) *Valeur séméiotique de l'épistaxis*. Thése de Sorre, Paris, 1864.

plus apportée à l'appui de notre thèse pour la dégénération des vaisseaux comme cause d'épistaxis : que par conséquent dans ces deux cas d'épistaxis suivies d'apoplexie, il n'y avait pas entre ces deux affections des relations de cause à effet; mais que toutes les deux n'étaient qu'un même symptôme d'une même maladie, l'altération du système vasculaire.

Parce qu'un individu est d'un certain âge, alors même qu'il serait indemne de toute lésion, il ne faut pas s'en croire autorisé à le laisser mourir d'une hémorrhagie nasale par la raison qu'il pourra peut-être présenter dans la suite une hémorrhagie cérébrale.

Pour nous, la première chose à faire est d'arrêter l'épistaxis : certainement, si l'on était appelé tout à fait au début de l'affection, on pourrait se baser sur la constitution du sujet pour agir plus ou moins rapidement; mais ce n'est généralement pas le cas : quand on vient vous chercher, c'est pour arrêter l'écoulement.

Mais il faut s'enquérir en même temps des causes qui ont pu lui donner naissance, afin d'instituer ensuite un traitement médical rationnel et de porter un pronostic exact.

Observation I.

Colombet (Jeanne), âgée de soixante-seize ans, maigre, d'un tempérament nerveux et colère, depuis longtemps à l'hospice des Vieillards a, jusqu'à ce jour, joui d'une bonne santé.

Le 2 avril 1880, a été prise, pendant son sommeil, et sans aucun prodome d'une épistaxis abondante de la narine gauche qui a duré jusqu'à sept ou huit heures du matin. La malade, très affaiblie par cette hémorrhagie, était devenue très pâle. Elle pouvait à peine dire quelques paroles, avait des vertiges et des obnubilations et fut le point de perdre connaissance. A midi, l'épistaxis se reproduisit et put cette fois être arrêtée avec un mélange d'alun, de tannin et de colophane.

Laissée dans le repos le plus complet, on fit prendre à la malade du lait et du bouillon froid.

Le 4 avril, l'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, elle fut examinée plus complètement.

Le pouls était à 96, régulier, petit, les radiales athéromateuses. Le cœur, modérement développé, présentait à la base un souffle systolique un peu rapeux.

Les poumons, légèrement emphysemateux, présentaient à droite et à la base, quelques râles sous-crépitants. La malade n'a pas de toux mais est facilement oppressée dès que la marche est un peu précipitée.

L'exploration de l'abdomen ne montre rien de particulier. Le foie paraît un peu moins développé qu'il ne devrait l'être mais la râte est normale.

Les fonctions digestives s'exécutent assez bien ; l'urine ne renferme pas d'albumine.

La pointe de la langue est un peu déviée à gauche mais il n'y a aucune paralysie des muscles de la face ni déviation des traits.

Après quelques jours de repos et l'usage de préparations toniques, la malade quitte l'infirmerie.

Elle y revient au mois d'octobre pour de l'oppression et cependant les signes constatés du côté du cœur et des poumons n'ont pas augmenté d'intensité.

Le 15 janvier 1881 elle est prise d'une bronchite assez intense et revient encore à l'infirmerie.

Sauf les rales de bronchite disseminés dans toute la poitrine et une douleur à gauche et à la base du thorax, on ne trouve rien ni du côté du cœur ni dans les urines.

La bronchite s'amende, et le 18 février la malade sort de l'infirmerie malgré les observations qui lui sont faites. A la suite d'un frisson très fort, elle y revient une nouvelle fois le 24, et nous constatons les phénomènes d'une broncho-pneumonie qui l'enlève le 2 février sans qu'elle ait eu depuis le mois d'avril précédent de nouvelle épistaxis.

A l'autopsie, dix-huit heures après la mort, par une température de 13°, on constate que le crâne est très friable, le diploë très injecté mais les sinus libres.

La pulpe cérébrale molle est infiltrée de liquide, les vaisseaux remplis de sang ne présentent que peu de traces d'endartérite, la basilaire est athéromateuse, les méninges ne sont ni épaisses ni adhérentes, et on

ne trouve pas de traces de ramollissement ni de foyers hémorrhagiques. Dans le cerveau, la pyramide gauche paraît moins saillante que la droite.

A l'ouverture du thorax on trouve le poumon droit adhérent à la paroi costale, et à gauche, de fausses membranes récentes, des traces de bronchite généralisée et de broncho-pneumonie gauche.

Le cœur, mou et flasque, est dilaté, les valvules sont indurées et celles de l'aorte, dont la crosse est dilatée, sont athéromateuses.

Le foie et les reins sont normaux.

La muqueuse des fosses nasales qui sont ouvertes est très pâle mais nette, sans ulcérations ni polypes. Plongée dans du liquide de Müller, soumise à la gomme et à l'alcool, cette muqueuse, après de fines coupes colorées au picrocarminate, ne présente aucune lésion de l'épithélium ni de la trame, ni des vaisseaux, on voit seulement de nombreux leucocytes infiltrés dans son épaisseur.

Observation II.

Jourdia, (Marie), âgée de quatre-vingts ans, exerçant la profession de domestique, s'est mariée et a eu quatre enfants qui sont morts d'accidents à l'exception d'un qui est mort phtisique. Sans aucun antécédent héréditatre, et après avoir eu la variole à cinq ans, elle fut prise à l'époque de la puberté, à seize ans, d'épistaxis fréquentes qui coïncidaient avec les époques menstruelles. Ces épistaxis, quoique devenant moins fréquentes, persistèrent jusqu'à la ménopause qui arriva à quarante-cinq ans et, sans l'avoir jamais forcée à abandonner son travail : à cinquante ans elle fut prise de douleurs rhumatismales dans le genou droit puis l'épaule gauche et la région malleolaire.

Elle paraît avoir eu des troubles du côté du cœur, car elle fut atteinte de palpitations, d'essoufflement et enfin d'œdème des membres inférieurs. Le rhumatisme s'améliora peu à peu, mais, devenue incapable de travailler, elle fut admise à l'hospice des vieillards en 1870. En 1873 elle fut prise de fièvres intermittentes guéries par le sulfate de quinine. Au mois de juillet 1876, elle eut une épistaxis extrêmement abondante qui ne cessa qu'à l'aide du perchlorure de fer.

Le 13 décembre 1879, sans avoir rien éprouvé de particulier dans la

journée, elle voit à trois heures du matin, en se levant pour uriner, l'épistaxis reparaître de nouveau après quelques chatouillements dans la narine gauche. Pendant cette épistaxis elle éprouve des nausées et des tendances à la syncope. La perte de sang continue jusqu'à sept heures du matin sans qu'il soit possible de l'arrêter à l'aide de tous les petits moyens mis en usage en pareil cas. Des tampons imbibés de perchlorure de fer seuls arrêtent l'hémorrhagie.

A neuf heures du matin, à la visite du médecin, on trouve la malade dans le décubitus dorsal, très affaissée : la face est décolorée, les lèvres violacées, les yeux enfoncés dans l'orbite, les pupilles un peu dilatées. La respiration est régulière et normale, le pouls plein, résistant bat 80 fois par minute, les radiales sont flexueuses et athéromateuses.

L'examen de la poitrine dénote à la percussion un peu d'exagération du son et à l'auscultation des râles sibilants épars des deux côtés.

La matité précordiale est un peu étendue ; la pointe du cœur bat un peu en dehors de son siège normal. Les battements du cœur sont très énergiques et s'étendent dans toute la poitrine, en avant et en arrière. On observe des battements épigastriques très forts. A l'auscultation on perçoit un léger bruit de souffle systolique qui devient de plus en plus fort et de plus en plus rude à mesure que le sthétoscope remonte vers la base du cœur au niveau de l'orifice aortique. Ce bruit occupe un peu le petit silence et se prolonge dans les carotides. Le claquement sigmoïdien est sec et retentissant. L'abdomen est souple et ne présente rien d'anormal; la malade n'a ni soif ni appétit. Les urines sont peu abondantes, peu colorées et sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique présentent une certaine quantité d'albumine mais on n'y trouve pas de sucre. Les articulations ne sont ni douloureuses ni déformées, ni gonflées, les membres inférieurs ne présentent pas de trace d'œdème. On ne trouve aucun trouble du côté du système nerveux ; la malade n'a jamais eu ni céphalie, ni perte de connaissance. La sensibilité et la motilité sont intactes.

La malade prend une potion avec 1 gramme d'ergot de seigle et 3 grammes de teinture d'aconit et les hémorrhagies n'ayant plus reparu, elle se rétablit peu à peu sous l'influence d'un traitement tonique et le 1er octobre quitte l'infirmerie.

Le 1er août 1881, elle rentre de nouveau à l'infirmerie pour des accidents de bronchite chronique. On trouve le pouls très irrégulier, un bruit de souffle très rapeux, systolique, à la base, un autre bruit systolique

encore mais plus doux et à la pointe. Les membres inférieurs sont le siège d'œdème, les veines abdominales très dilatées, les urines peu abondantes avec une petite quantité d'albumine. Les troubles cardiaques s'aggravent peu à peu, les poumons s'engouent, la circulation s'embarrasse et la malade tombe dans le coma et meurt le 15 septembre.

A l'autopsie, trente-six heures après la mort, on trouve un œdème considérable des membres de l'abdomen et du thorax; à l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une serosité abondante et limpide, mais il n'y a pas de trace de péritonite.

Le foie, muscade, est d'un volume normal ainsi que la rate.

Les reins très volumineux et surtout le droit, sont très décolorés et graisseux.

Dans le thorax on trouve un épanchement dans les deux plèvres et à droite quelques adhérences anciennes.

Les poumons sont emphysémateux, œdematiés dans leur tiers inférieur; on voit à la coupe s'échapper une grande quantité de liquide et de bulles d'air, et à la partie inférieure du lobe inférieur droit un noyau hépatisé.

Le cœur est très volumineux, il mesure 13 centimètres de hauteur sur 12 de largeur et baigne dans un liquide citrin contenu dans le péricarde. D'une consistance de chiffon, il est mou et se déchire aisément.

Les cavités ventriculaires sont dilatées; la paroi du ventricule gauche mesure 2 centimètres et demi d'épaisseur et la valvule mitrale crétacée est insuffisante. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont aussi crétacées et rigides; l'aorte, parsemée de plaques d'atherome, est dilatée ainsi que l'artère pulmonaire, tandis que la valvule tricuspide est opaque et indurée.

Observation III.

M. Cazeaux, âgé de soixant-un ans, d'une vigoureuse constitution, a mené une vie de fatigue et de travail et a fait un certain abus de liqueurs alcooliques.

Vers l'âge de trente ans, il contracta une syphilis qui ne paraît pas avoir été grave.

En 1876, il alla trouver M. le professeur Vergely, pour le prier de lui donner des soins. Il se plaignait d'un état général de malaise et d'accablement. Il était indifférent à tout, aux affaires comme aux distractions, tout entier à sa somnolence. Examiné attentivement, il fut impossible de découvrir une lésion organique. Toutes les fonctions s'exécutaient d'une façon normale ; seul, le système nerveux présentait des troubles spéciaux : on trouvait une paresse, une apathie intellectuelle et physique très prononcée et cependant pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité qui, exploré avec soin même à l'œsthésiomètre, ne donna aucun renseignement particulier.

Deux confrères, M. Solles et M. Pitres, appelés en consultation, ne trouvèrent également rien qui put éclairer le diagnostic.

Le malade prit du biiodure de mercure ioduré, des douches des révulsifs du tube intestinal; mais après quelques phases d'amélioration il devint de plus en plus apathique et somnolent.

Dans les premiers jours de septembre M. X..., qui avait eu plusieurs épistaxis les jours précédents, fit de nouveau appeler M. Vergely. La veille, l'hémorrhagie avait duré près de quatre heures et le sang perdu formait un caillot considérable.

Examiné attentivement M. X..., présentait toujours le même état, répondait lentement aux questions qu'on lui adressait et n'accusait aucun trouble particulier.

Le pouls, vibrant, battait 90 fois par minute tandis que la tension artérielle était faible.

Le cœur, les poumons ne présentaient rien de particulier, le foie seul était un peu développé.

Après des demandes réitérées et malgré les dénégations du malade, on finit par apprendre qu'il buvait beaucoup depuis quelques temps et urinait en abondance.

Grâce à ces éclaircissements il fut permis après l'examen des urines de reconnaitre que le malade était diabétique et d'instituer un traitement plus méthodique. Le sucre et les féculents supprimés, on fait prendre à M. X... alternativement des alcalins, du ter, du quinquina et après quelque temps de traitement, la soif a diminue, les urines sont moins abondantes et la quantité de sucre moindre.

Les épistaxis après avoir reparu à diverses reprises deviennent moins abondantes et moins graves. Mais l'état de faiblesse et de somnolence persiste toujours.

En 1883, M. X... est toujours dans le même état; il a eu à diverses reprises des accidents cérébraux, perte de la mémoire, aphasie, engourdissement des membres inférieurs et toutes les fois que son état s'est aggravé par le fait de quelqu'écart de régime les épistaxis ont réparu.

Observation IV.

Il y a deux ans M. T..., qui avait toujours joui de la meilleure santé, a commencé à éprouver les symptômes d'une maladie de cœur : palpitations, dyspnée, etc. Le médecin qui le soignait à cette époque, appelé à deux reprises différentes et à quelques mois d'intervalle pour deux épistaxis excessivement abondantes, fut obligé de pratiquer le tamponnement des fosses nasales. Ces épistaxis ont commencé chaque fois pendant la nuit. Sans aucun symptôme prémonitoire le sang se mettait à couler en gouttes pressées et se coagulait immédiatement,

Aucune influence diathésique ou hémophilique ne pouvait être invoquée pour rendre compte des hémorrhagies.

Les lésions cardiaques ayant continué à s'accentuer, M. T... ne tarda pas à succomber et sans présenter à la fin de sa vie de nouvelles épistaxis.

Observation V.

M. B..., âgé de soixante-dix ans, d'une vigoureuse constitution, n'a jamais eu de maladies graves, ni d'hémorrhagies d'aucune sorte. Depuis environ dix ans, il a eu des accès de gastralgie qui ont cédé à l'usage de l'eau de Vichy et de quelques préparations opiacées.

Il ne fait pas d'excès alcooliques, mais se conduit en homme plus qu'il ne convient à son âge.

Au mois d'août 1877, au moment de son repas du soir, sans cause appréciable et sans prodomes, il est pris subitement d'une épistaxis abondante. Le sang coulait par la narine gauche en gouttes pressées et en deux heures et demie il perdit un verre de sang. Après cette hémorrhagie, il eut des vertiges, des bourdonnements d'oreille et une tendance à la syncope.

En l'absence de M. le professeur Vergely on courut chez M. le professeur Layet qui, après plusieurs essais infructueux, dut recourir, pour arrêter l'hémorrhagie, à l'emploi de bourdonnets imbibés de perchlorure de fer et faisant l'office de tampon.

Deux heures après, au retour de M. Vergely, le malade perdait encore une petite quantité de sang par l'orifice postérieur des fosses nasales.

Il était très pâle, très effrayé et ne présentait que cinquante-huit pulsations par minute. Examiné par MM. Vergely et Layet, on ne trouva aucun symptôme morbide du côté du cœur, des poumons et du foie, et qui put mettre sur la voie de la cause de cette hémorrhagie. L'urine, examinée à diverses reprises, n'a présenté aucune trace ni d'albumine, ni de sucre.

Le malade garda le lit pendant six jours, dans le repos absolu, car le moindre mouvement ramenait l'hémorrhagie; et mis à la demi diète, prit une potion avec 5 grammes d'ergot de seigle et 5 grammes d'extrait de ratanhia.

Au mois de janvier 1879, il fut pris d'un léger engourdissement du bras droit et de la jambe droite, avec embarras de la parole. C'était de la glossoplégie et non de l'aphasie.

Après dix jours de repos et de diète et quelques légers purgatifs salins, M. B... reprenait ses habitudes; il ne restait aucun trouble dans la moitié droite du corps qu'avait atteint l'engourdissement.

La sensibilité, la motilité étaient intactes.

Au mois de juillet 1880, une nouvelle hémorrhagie abondante reparut à la narine gauche et s'arrêta sous l'influence d'injections de perchlorure de fer au tiers et de repos.

Examiné de nouveau, il ne fut permis de trouver ni lésions des fosses nasales, ni aucune affection du côté du cœur, des poumons, du foie et des reins. L'urine ne contenait ni sucre ni albumine.

D'abord un peu affaibli, M. B... reprend bientôt ses forces et depuis cette époque, aucune nouvelle hémorrhagie n'a reparu, et l'accident cérébral qui s'était manifesté un moment s'est complètement effacé.

Observation VI.

M^me^ Gillet, âgée de soixante et onze ans, d'une constitution robuste, sans antécédents hémorrhagiques héréditaires, se plaint d'être essoufflée dès qu'elle monte rapidement un escalier ou marche un peu trop vite.

Depuis une dizaine d'années environ, les articulations des phalangines et des phalangettes sont noueuses et ses doigts engourdis et gênés dans leurs mouvements.

Elle n'a jamais eu d'accès de rhumatisme aigu, ni d'éruptions et ne rend pas de sable dans les urines.

Le 26 mai 1882, elle est prise subitement d'une épistaxis qu'elle attribue à une grande fatigue éprouvée en faisant un voyage en chemin de fer dans le Midi. Ce long trajet, fait sans repos et sans sommeil, lui avait, dit-elle, congestionné la tête.

L'hémorrhagie, qui dure depuis cinq heures, a donné la valeur d'une palette de sang. Sept ou huit serviettes sont tachées les premières d'un sang rouge vif, les secondes d'un sang noir.

Le sang coule encore par la narine droite à demi bouchée et de temps à autre la malade expectore de gros caillots d'un sang noir.

Le facies est normal, les lèvres rouges, les conjonctives colorées. La peau est chaude; le pouls, plein, bat soixante-seize fois par minute. Il n'y a ni céphalalgie ni bouffées de chaleur.

Une fois la narine désobstruée, M. le professeur Vergely, à l'aide de bourdonnets de charpie disposés en queue de cerf-volant imbibés d'eau et roulés dans de la poudre hémostatique, bourre la fosse nasale et la malade, après avoir craché quelques instants des caillots noirâtres, voit l'hémorrhagie s'arrêter.

Après deux jours de séjour au lit, ne prenant d'autre nourriture que du lait froid, M^me^ G... peut se lever et les bourdonnets de charpie sont retirés sans que l'hémorrhagie reparaisse.

Examinée alors plus attentivement, on ne trouve chez la malade aucune trace de lésion au cœur ni aux poumons; toutes les fonctions d'ailleurs s'exécutant parfaitement. Les urines sont normales en quantité et en qualité et jamais M^me^ G... n'a eu des troubles nerveux ni céphalalgie, ni vertiges.

Rétablie complètement elle eut en 1883 une autre épistaxis beaucoup moins abondante qui céda rapidement aux bourdonnets imprégnés de poudre hémostatique et qui, comme la première, ne laissa à sa suite aucune trace.

Observation VII.

M^me^ X..., âgée de soixante-dix-sept ans, d'une forte constitution toujours joui d'une excellente santé.

Vers l'âge de soixante-sept ans elle a été prise pour la première fois d'épistaxis assez abondantes qui se montraient habituellement tous les printemps.

Il y a trois ans elle fut atteinte d'une maladie assez curieuse ; c'était un dépôt de substance crétacée dans les cryptes des amygdales, dépôt qui lui blessait la base de la langue. M. le professeur Vergely, prié de l'en débarrasser lui enleva ces dépôts à l'aide d'une pince à polypes, en plusieurs séances et avec quelques difficultés, et acheva de les faire disparaître avec des gargarismes à l'acide chlorhydrique. L'examen chimique permit de constater qu'ils étaient formés de carbonate de chaux.

Un mois après cette petite opération, M^me^ X..., eut une hémorrhagie nasale droite, assez abondante, qui nécessita l'aide de petits tampons de ouate saupoudrés d'alun, de colophane et de tannin.

A quelques temps de là, elle fut prise d'une certaine difficulté pour uriner qui, par les longs efforts nécessités, donnait lieu chaque fois à une rougeur congestive de la face et ramena à un moment un léger épistaxis.

A soixante-quinze ans, elle fut prise d'un léger tremblement dans la main droite avec douleur dans le bras. Ce tremblement d'origine paralytique (paralysie agitante) se communiqua au bras gauche. Ce sont des mouvements d'oscillation sur place qui augmentent sous l'influence d'une impression morale et diminuent lorsque la malade fixe les deux mains. Les membres inférieurs et la tête sont indemnes de tout mouvement.

Depuis le commencement de l'année 1882, la malade a paru s'affaiblir, mange moins, a maigri, marche plus lentement et voit le tremblement de ses mains aller en augmentant. Elle a au moins tous les deux mois une épistaxis qui ne s'arrête qu'à l'aide du tamponnement. Cette hémorrhagie vient soit spontanément soit à la suite d'un effort ou d'un éternuement et jamais il n'a été permis d'en découvrir l'origine causale.

Les fosses nasales sont libres de toute lésion ; la muqueuse est sèche et paraît rouge, mais ne présente ni ulcérations, ni végétations, ni polypes.

Le cœur bat lentement mais régulièrement et sans aucun bruit anormal.

Les poumons fonctionnent bien et n'offrent rien de particulier.

L'urine rendue est en petite quantité mais sans sucre ni albumine.

On ne trouve pas d'autre trouble du système nerveux que le tremblement indiqué plus haut. L'intelligence est parfaite, le sommeil bon et la malade n'accuse que très rarement un peu de pesanteur de tête, une légère congestion du visage comme symptômes prémonitoires de l'hémorrhagie.

Observation VIII.

Mme D .., âgée de soixante-deux ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne santé habituelle, appartient à une famille qui, sans être hémophilique, a présenté à l'exception d'autres hémorrhagies de toute sorte des épistaxis fréquentes et rebelles. Elle-même dans sa jeunesse en a eu d'assez nombreuses.

Le 20 juillet 1880, au sortir d'un bain à la température de 33°, d'une durée de demi-heure, et après en avoir pris un semblable la veille, elle est, sans prodomes, prise d'une épistaxis qui dure toute l'après-midi et une partie de la nuit; après s'être arrêtée, elle reparaît de nouveau dans la matinée et résiste à tous les petits moyens mis en usage en pareil cas.

M. le professeur Vergely, prié de venir, trouva la malade avec sa physionomie habituelle, quelques légères pétéchies du volume d'une tête d'épingle sur la poitrine et une énorme ecchymose sur les deux seins et surtout le droit. Mais ces ecchymoses produites par une pression des mains sont simplement accidentelles et dans l'état actuel même, la plus légère suffit pour amener une nouvelle ecchymose.

Sur les membres inférieurs on ne trouve pas de traces de pétéchies.

Le pouls assez plein et régulier bat quatre-vingt-quatre fois par minute, le cœur est indemne de toute lésion ainsi que les poumons et l'état général assez bon.

Les urines limpides, sans sucre ni albumine, renferment beaucoup de sable urique. Le système nerveux n'offre rien de particulier.

Après avoir nettoyé les fosses nasales et essayé des injections d'eau alcoolisée puis mélangée avec un tiers de perchlorure de fer qui ne réussissent pas, il faut recourir au tamponnement à l'aide de fragments

d'amadou soupoudrés d'un mélange de tannin, de colophane et d'alun et attachés en queue de cerf-volant. On oblitère successivement les deux narines et on voit bientôt l'hémorrhagie s'arrêter.

La malade qui a perdu beaucoup de sang est pâle, abattue et inquiète, prend du bouillon froid, un mélange d'eau et de cognac et une potion avec 2 grammes d'ergot de seigle.

Le 26, l'écoulement n'ayant pas reparu, on enlève le tampon sans pouvoir constater pas plus qu'avant ni une lésion du cœur, ni des poumons. Le foie et la rate ont leur volume normal; les urines sont toujours sans sucre ni albumine.

Le 27, dans la matinée, l'hémorrhagie reparaît abondante, dure pendant cinq heures et il faut de nouveau repratiquer le tamponnement.

Néanmoins, un léger suintement se fait par les arrière-fosses nasales, et la malade, qui prend des fragments de glace et une potion au seigle ergoté, crache jusqu'au soir de petits caillots de sang.

Le 28, après une nouvelle hémorrhagie, on refait un nouveau tamponnement, mais cette fois plus serré; on continue l'ergot de seigle, mais l'écoulement reparaît encore le 29 et le 30. Cette fois, il est vrai, il est de courte durée et facilement arrêté par la poudre hémostatique.

Le 2 août, les épistaxis n'ayant pas reparu, on nettoie les fosses nasales et au mois de septembre, grâce à une alimentation réparatrice au perchlorure de fer, à la dose de vingt gouttes à l'intérieur, la malade est complètement rétablie sans avoir aucuue autre épitaxis.

Observation IX.

M. E..., âgé de soixante-douze ans, d'une constitution presque athlétique, a exercé pendant quatre ans le métier de boulanger, et se présente sans avoir jamais souffert d'aucune maladie, si ce n'est d'une fistule à l'anus opérée avec succès il y a quatorze ans.

Le 15 janvier 1881, il est pris brusquement d'une épistaxis de la marine gauche qui s'est renouvelée plusieurs jours de suite, au lever du malade mais s'est arrêtée chaque fois, plus ou moins facilement sous l'influence des petits moyens employés en pareil cas. Le 19 janvier, l'hémorrhagie reparaît, et, si abondante qu'elle nécessite l'intervention

médicale et le tamponnement au perchlorure de fer des deux narines, celui de la narine gauche était insuffisant.

Le sang perdu, très beau, et facilement coagulable n'était pas en trop grande quantité, et cependant, le malade très vivement impressionné, il est vrai, et fatigué aussi par les épistaxis précédentes, ne reprend pas sa brillante santé antérieure, malgré le fer, le quinquina et l'arsenic auxquels il est soumis successivement.

Il reste plusieurs mois à se plaindre d'une grande faiblesse d'inappétence et d'insomnie; mais ce qu'il accuse surtout, c'est une sensation de pesanteur et de chaleur occupant toute la région pariétale gauche jusqu'à la narine correspondante. Cette sensation est tellement prononcée que le malade porte souvent la main à son nez croyant y trouver du sang. Il signale en même temps une oppression très marquée et très pénible lorsqu'il fait des mouvements trop brusques, et il est obligé pour se mettre au lit de procéder avec la plus grande lenteur, sous peine de voir une dyspnée interne s'emparer de lui sitôt qu'il est parvenu à s'étendre.

Cette oppression se fait aussi sentir au moment des repas et lorsque le malade ingère un peu trop vite ses aliments il est obligé, pour y échapper de s'arrêter après chaque bouchée. Un jour, où il a été donné d'assister à une de ces oppressions, le pouls est toujours large et plein et ne battait que trente-six fois par minute et que quelques minutes après, les pulsations étaient remontées à leur chiffre normal, soixante environ.

Tous ces symptômes, en plus d'une petite toux sèche et assez tenace qui se montrait pendant quelques instants, chaque matin, au lever du malade, persistèrent comme il a été dit déjà pendant plusieurs mois de suite et peu à peu semblaient s'amender légèrement lorsque le 15 décembre 1881 se montra de nouveau l'épistaxis de la narine gauche, qui, légère d'abord et coïncidant toujours avec le moment du lever, devint encore si violente qu'il fallut encore pratiquer le tamponnement des deux narines. Aussitôt tous les symptômes signalés précédemment, et sans qu'il ait été jamais permis de constater la moindre lésion du côté du cœur et des poumons, reprirent leur intensité antérieure. A ce moment le malade, conseillé de se rendre auprès de M. le professeur Vergely, vit après le traitement qui lui fut institué son état s'améliorer considérablement, l'oppression et la toux dsparaître, et reprit sa brillante santé antérieure.

Observation X.

Mme D..., âgée de soixante et un ans, d'un tempérament nervoso-sanguin a eu sept enfants sans aucun accident. Après sa première couche, à l'âge de vingt-deux ans, elle eut une fièvre typhoïde qui ne laissa pas de traces.

La menopause arriva à quarante ans et depuis cette époque, Mme D... a toujours éprouvé des vapeurs qui la fatiguaient beaucoup sans présenter jamais aucun autre symptôme morbide. Aujourd'hui encore, en procédant à l'examen de la malade, on ne trouve absolument rien du côté du cœur ni du côté des poumons. On voit seulement qu'elle a le dos fortement voûté; mais cette position vicieuse doit être rapportée sans aucun doute, à un défaut de maintien et à la fatigue des grossesses nombreuses et successives, car elle ne se produisit que progressivement avec l'âge. Cette déformation du thorax ne paraît pas avoir influé sur le fonctionnement des poumons dans lesquels on ne trouve aucune trace de lésion.

Il y a douze ans, Mme D... étant restée courbée un certain temps pour arroser des fleurs, fut prise brusquement en se relevant d'une épistaxis violente qui, en une seule fois, lui fit perdre environ la valeur d'un demi-litre de sang.

L'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même et les forces de la malade, diminuées un moment, revinrent promptement. Depuis cette époque il ne fut permis de rien signaler et même les vapeurs devinrent de plus en plus rares.

Depuis deux ans cependant, Mme D... se plaint de temps à autre d'une sensation de battement au niveau de l'aorte abdominale; mais la palpation et l'auscultation ne révèlent rien; aussi est-il permis de rattacher ces symptômes à une constipation opiniâtre qui est la règle chez notre malade.

Un autre symptôme plus important qu'accuse Mme D... consiste dans la congestion céphalique. La malade déclare sentir, parfois, le battement de ses carotides. On voit alors, en effet, ces vaisseaux se soulever sous l'impulsion de l'ondée sanguine et les jugulaires gonflées et saillantes. Ces symptômes, dont la durée n'est pas permanente,

surviennent en général après une émotion, une contrariété. Néanmoins l'état général reste satisfaisant, lorsque le 28 mars, à la suite d'une vive contrariété, les battements carotidiens s'accusent davantage au point qu'il lui semble que la déglutition est gênée par une constriction du pharynx.

Le 2 avril, au matin, le sang se mit à couler d'une façon continue, par la narine gauche. Il retombait dans l'arrière-gorge et étouffait la malade, et avant qu'il fut possible de s'y reconnaître, il s'écoula environ un demi-litre de sang. Sous l'influence d'injections d'eau mélangée de perchlorure de fer, l'hémorrhagie s'arrêta, mais pour recommencer dix minutes après. Le sang coulait alors si abondamment qu'il entraînait l'injection à mesure qu'elle était lancée dans la narine. Néanmoins, sous son action, il se produit un second répit d'une demi-heure environ, mais suivi d'une nouvelle et abondante reprise. Enfin, un caillot se forme qui obstrue la narine et arrête l'épistaxis, et la malade prend une potion à l'ergotine et à l'aconit. Tout se calme et la journée se passe sans aucun accident, lorsque vers onze heures et demie, l'hémorrhagie reparaît pour s'arrêter de nouveau après la formation d'un nouveau caillot. Mais, vers quatre heures du matin, ce caillot se détache et le sang se remet à couler plus abondamment. L'hémorrhagie s'arrête encore une fois et cette fois pour ne plus reparaître.

Pendant cinq à six jours il y eut une expectoration de caillots; et la faiblesse consécutive à ces hémorrhagies qui s'élevèrent certainement à la perte de plus d'un litre et demi de sang, fut considérable. Le moral de la malade fut surtout affecté; mais, grâce aux soins, les forces revinrent promptement et, depuis cette époque, M^me^ D... se porte fort bien et ne se plaint plus de ses battements artériels ni d'aucun symptôme morbide.

Observation XI.

M. C..., âgé de soixante-trois ans, d'une robuste constitution, né de parents qui ont présenté une longue longevité et chez lesquels les hémorrhagies sont très rares, soit parmi les collatéraux, les ascendants ou les descendants, n'a jamais eu aucune hémorrhagie.

En fait d'accidents morbides, il a eu des engouements intestinaux

fréquents, des coliques hépatiques et a présenté du sable dans les urines. Depuis dix ans, il est atteint de glycosurie intermittente.

Le 28 juin 1887, à la suite d'une vive contrariété, il est pris spontanément d'une épistaxis assez abondante de la narine droite.

Après avoir maculé de sang trois serviettes; le malade effrayé fait des lotions d'eau et de perchlorure de fer, et l'hémorrhagie est arrêtée.

M. le professeur Vergely, qui le voit deux heures après, trouve le pouls régulier, battant soixante-huit fois par minute et ne constate aucune affection des fosses nasales des poumons et du cœur.

Au dire du malade, il aurait eu souvent de petites hémoptysies dans sa vie.

CONCLUSIONS

1° L'épistaxis chez le vieillard, relevant rarement d'une cause purement occasionnelle, est presque toujours l'indice d'une déchéance de l'organisme ;

2° Cette déchéance se traduit par l'altération du système vasculaire, cause efficiente de l'hémorrhagie ;

3° Les hémorrhagies relevant de cette altération peuvent se manifester dans tous les organes où les vaisseaux sont peu soutenus et, si elles ont été fréquemment observées dans le cerveau, elles se font néanmoins souvent par les vaisseaux de la muqueuse nasale, et peuvent même être parfois un symptôme avant-coureur de l'hémorrhagie cérébrale ;

4° L'altération vasculaire, qui est leur origine causale, peut être influencée et avancée par les diathèses, les intoxications, les privations, les excès de toute sorte ;

5° Des causes bien souvent minimes, telles que congestions, émotions vives, peuvent donner naissance à ces hémorrhagies ;

6° Il faut toujours les arrêter, à cause du peu de résistance du sujet, et les arrêter *cito* et *tuto* pour ne pas s'exposer à un accident.

Le Président de la Thèse,
Dr VERGELY.

Vu :
Le Doyen,
A PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur, l'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTANG.